

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1927

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MAURICE LANCRY

Né à Vailly (Aisne), le 27 Janvier 1893

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE QUELQUES

Difformités congénitales ou acquises

DU

MAXILLAIRE INFÉRIEUR

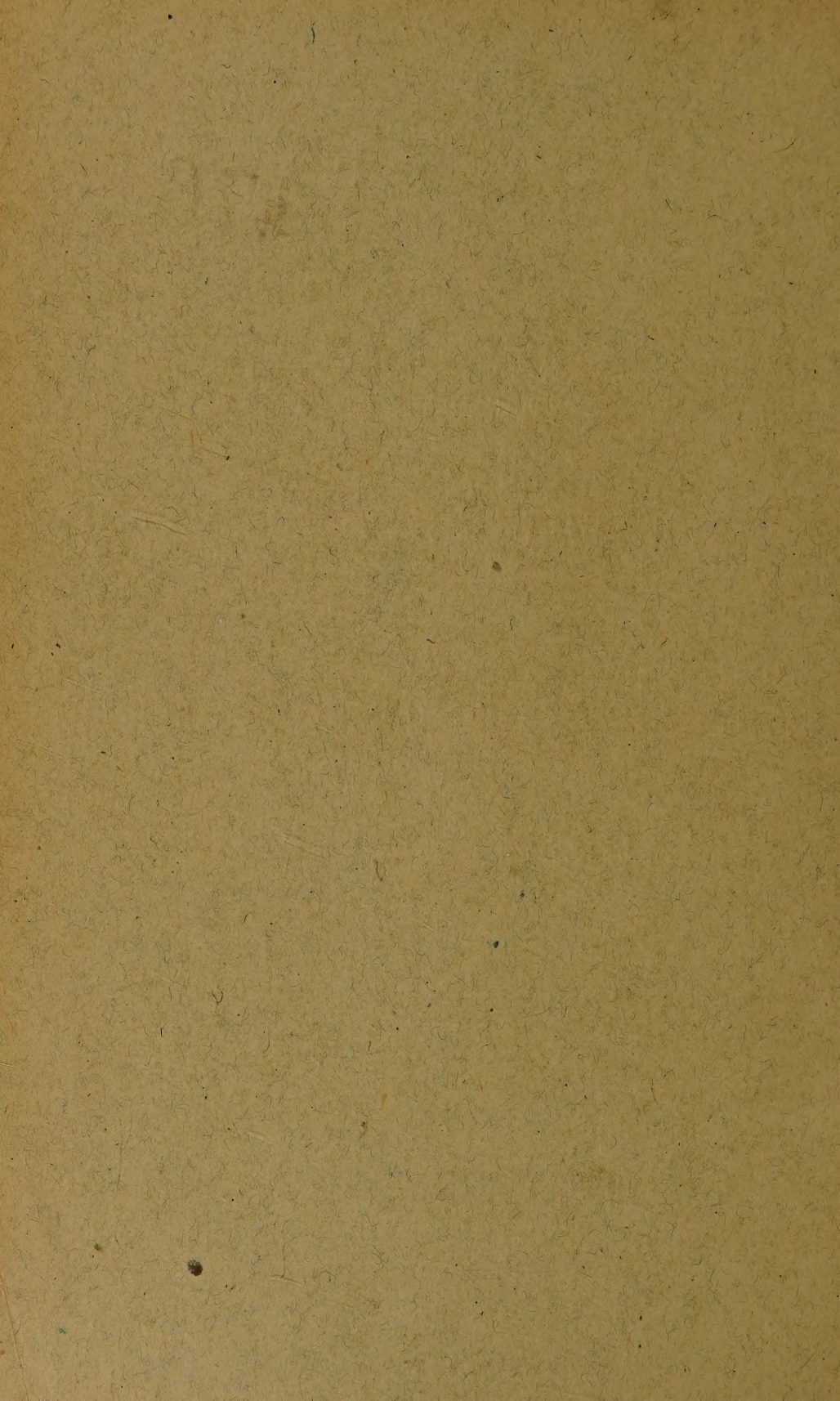
Président : M. SÉBILEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927



THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Janvier

THE

LIBRARY OF THE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MAURICE LANCERY

Né à Vailly (Aisne), le 27 Janvier 1893

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE QUELQUES

Difformités congénitales ou acquises

DU

MAXILLAIRE INFÉRIEUR

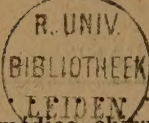
Président : M. SÉBILEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Clinique médicale.	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
Clinique d'accouchements.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique.	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.	OMBRÉDAN NE
Clinique oto-rhino-laryngologique.	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	SEBILEAU.
Clinique propédeutique.	DUVAL.
Professeur sans chaire.	SERGENT.
	ROUVIERE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	HOVELACQUE.	Anatomie.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
BASSET.	Pathologie chirurgi- cale.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgi- cale.
BINET.	Physiologie.	LÉMAITRE.	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LÉVY SOLAL.	Obstétrique.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	LHERMITTE.	Pathologie mentale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	LIAN.	Pathologie médicale.
CHAMPY.	Histologie.	MATHIEU.	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY.	Pathologie médicale.	METZGER.	Obstétrique.
CLERC.	Pathologie médicale.	MONDOR.	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ.	Hygiène.	MOURE.	Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG.	Anatomie pathologi- que.	MULON.	Histologie.
DUVOIR	Médecine légale.	PHILIBERT.	Bactériologie.
ÉCALLE.	Obstétrique.	RICHET Fils.	Physiologie.
FIESSINGER.	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
FOIX.	Pathologie médicale.	VERNE.	Histologie.
GARNIER.	Pathologie expéri- mentale.	VELTER.	Ophthalmologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.		
HEITZ-BOYER.	Urologie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT.	Pathologie médicale.	RETTERER.	Histologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.	TANON.	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.
LAIGREL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.	Clinique obstétricale.	RIBIERRE.	Clinique médicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
		VILLARET.	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDoux-LEBARD	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE BIEN-AIME
LE DOCTEUR LOUIS LANCRY

*C'est avec une émotion profonde que
j'inscris son nom en tête de ce
travail. Bien faible témoignage de
mon affection et de mon admira-
tion.*

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MA MERE

A MA GRAND'MERE

Affection et reconnaissance filiales.

A MA TANTE

A LA MEMOIRE DE MON COUSIN

LE DOCTEUR GUSTAVE LANCRY

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX, MÉDECIN DE L'HOPITAL
DE DUNKERQUE

*En souvenir des excellents conseils
qu'il m'a prodigués dans son ser-
vice hospitalier.*

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE PROFESSEUR SEBILEAU

PROFESSEUR D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS.

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, CHIRURGIEN DE L'HOPITAL
LARIBOISIÈRE, COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Hommages respectueux.*

A M. LE DOCTEUR MAUCLAIRE

CHIRURGIEN DES ASILES DE LA SEINE, MEMBRE DE L'ACADÉMIE
DE MÉDECINE

Qui a bien voulu nous fournir le sujet de cette thèse et nous guider de ses conseils. Nous lui adressons ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Introduction

À propos d'une observation de M. Mauclore, relative à une hémiatrophie latérale du maxillaire inférieur, traitée par une greffe ostéo-périostique, nous nous proposons d'étudier dans ce travail quelques difformités congénitales ou acquises du maxillaire inférieur.

Nous envisagerons successivement :

- 1) *L'atrophie subtotale du maxillaire inférieur, dite encore « menton d'oiseau ».*
- 2) *Le prognathisme congénital. L'acromégalie.*
- 3) *L'hémiatrophie acquise :*
 - a) *Par ostéomyélite du maxillaire inférieur;*
 - b) *Par constriction de la mâchoire;*
 - c) *Par noma;*
 - d) *Par fracture;*
 - e) *Par résection non réparée.*
- 4) *Quelques hypérostoses traumatiques chez les boxeurs.*
- 5) *L'hypertrophie du condyle du maxillaire inférieur.*

Pour ce qui est des pseudarthroses et des pertes de substance opératoires ou non opératoires, la question a été étudiée complètement par M. Mauclore dans un article de la *Revue d'orthopédie* en 1920.

Nous ne l'envisagerons pas ici.

L'Atrophie subtotale du Maxillaire inférieur

Les atrophies du maxillaire constituent un chapitre important des déformations de cet os.

Elles ont été étudiées en France par Lannelongue (1), par Mauclair qui les a exposées d'une façon détaillée dans un article de la *Revue d'orthopédie* (1903) auquel nous ferons de larges emprunts.

L'atrophie totale est toujours congénitale.

Elle tient à l'absence des bourgeons maxillaires aux dépens desquels doit se former la mandibule.

Cette atrophie est incompatible avec la vie du nouveau-né.

L'atrophie subtotale du maxillaire que nous avons en vue dans ce chapitre, peut être congénitale ou acquise.

On la désigne aussi sous le nom de *micrognathie*.

Elle donne à la partie inférieure du visage cette forme fuyante connue sous le nom de « *mâchoire d'oiseau* ».

L'arcade dentaire inférieure est notablement en retrait sur celle du maxillaire supérieur.

L'intervalle entre les deux atteint quelquefois plus d'un centimètre, et le malade peut facilement introduire le doigt entre les incisives supérieures et les inférieures, quand la bouche est fermée.

L'arcade inférieure peut même pénétrer dans la voûte

(1) LANNELONGUE et MÉNARD : *Malformations congénitales de la tête*, Paris, 1892.

palatine, ainsi qu'on le remarque dans l'observation de Desprez.

L'atrophie subtotalale coïncide parfois avec des fissures congénitales de la voûte et du voile.

Parfois aussi, elle est associée à la microcéphalie et au nanisme.

C'est alors la nanocéphalie avec « tête d'oiseau ».

Chez les sujets qui en sont atteints, l'intelligence est peu développée.

Mais dans d'autres cas, cette déformation nanocéphale de la tête peut se rencontrer chez des sujets de taille élevée et d'intelligence moyenne.

Parfois, le menton fuyant, ou « menton d'oiseau », constitue la seule déformation du visage.

Au point de vue fonctionnel, l'articulation temporo-maxillaire de ces individus s'adapte aux nécessités de la mastication.

Elle s'agrandit et permet aux condyles un mouvement d'avant en arrière, en tiroir, bien supérieur à celui qui est possible à un maxillaire normal, et qui est comparable à celui que l'on rencontre chez les rongeurs.

ÉTIOLOGIE. — Quand elle est acquise, cette micrognathie est le plus souvent d'origine traumatique ou inflammatoire.

Dans le cas rapporté par Maclaure, le 27 octobre 1915, à la Société de chirurgie, il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans, qui avait fait, à l'âge de 6 ans, une poussée d'ostéomyélite polyosseuse des membres.

Le maxillaire fut atteint également et l'on dut extraire un séquestre.

L'os se reforma, mais incomplètement, car ses dimensions étaient inférieures à celles de l'os normal et il était en retrait sur le maxillaire supérieur.

Dans les observations d'Eiselsberg (1) on note avant l'établissement de la lésion, soit une suppuration d'origine ostéomyélique, soit un traumatisme important de la région temporo-maxillaire suivi de constriction des mâchoires. — Constriction qu'il faudra vaincre (résection des condyles) avant d'aborder le traitement de la micrognathie elle-même.

Le cas d'Esäü (2) se rapporte à une jeune fille de 18 ans, qui avait eu dans son enfance des convulsions avec trismus.

TRAITEMENT. — On a employé les greffes graisseuses, ou les greffes ostéo-périostiques.

Celles-ci amélioreraient l'esthétique du visage en rétablissant l'angle antérieur du menton.

L'inconvénient de la greffe graisseuse est qu'elle se résorbe à la longue.

La greffe ostéo-périostique d'Ollier lui serait préférable.

L'opération serait calquée sur celle que Mauclaire a faite dans un cas d'hémiatrophie du maxillaire, ainsi que nous le verrons dans le chapitre suivant.

Nous n'en possédons pas d'exemple. En tout cas, l'opération serait purement esthétique.

Elle ne supprimerait pas les troubles de la mastication.

Pour parer à ceux-ci, Eiselsberg a proposé de faire une *ostéotomie en « marche d'escalier »*.

Voici, résumée, la technique d'Eiselsberg :

1^{er} PROCÉDÉ. — OSTÉOTOMIE ANTÉRIEURE EN UN TEMPS.

Incision courbe de 5 centimètres au niveau du bord inférieur du menton, jusqu'au périoste. Réclination des parties molles.

(1) *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1906.

(2) Esäü : *Zentralblatt für Chirurgie*.

Extraction de la première molaire inférieure gauche. Au niveau de l'espace laissé vide par cette extraction, l'os est scié verticalement, à la scie de Gigli, dans sa moitié supérieure seulement.

On perfore ensuite le maxillaire du côté opposé, en un point correspondant à l'extrémité inférieure de la première section verticale pour donner passage à la scie de Gigli, et l'on scie verticalement jusqu'au bord inférieur. Puis un trait de scie horizontal réunit les deux traits verticaux.

La mâchoire est ainsi divisée en deux fragments que l'on écarte de 3 centimètres, et qu'on fixe par des fils d'argent. Drain. Suture des parties molles.

2° PROCÉDÉ. — OSTÉOTOMIE LATÉRALE EN DEUX TEMPS.

Incision de 6 centimètres de long au niveau de la branche horizontale, depuis l'angle de la mâchoire du côté droit jusqu'à l'os. Le périoste est écarté. La branche horizontale est sciée verticalement à la scie de Gigli dans sa moitié supérieure.



FIG. 1

Opération d'Eiselsberg pour atrophie du maxillaire inférieur

La partie horizontale du trait de scie vient couper l'extrémité des racines des dernières molaires. Les deux fragments sont perforés à l'aide du vilbrequin.

Un fil est placé autour du fragment postérieur. Après avoir séparé le fragment antérieur et l'avoir amené en avant et en bas, un fil d'argent passé dans le fragment antérieur viendra se fixer sur le fil d'argent postérieur. Dans un deuxième temps opératoire, après une section en marche d'escalier de la branche horizontale du côté opposé, les fragments sont écartés et fixés par un fil d'argent. Comme l'arc antérieur a une tendance à revenir en arrière, on applique un appareil destiné à le maintenir dans sa nouvelle position.

Malgré l'ouverture de la cavité buccale, Eiselsberg obtint dans le premier cas une cicatrisation par première intention.

Dans les observations II et III, les suites furent compliquées, mais après quelques incidents le résultat fut tout de même satisfaisant puisque les malades purent mastiquer des aliments durs.

Observations

OBSERVATION I.

Ida L..., 18 ans, entre à la clinique de Königsberg, le 3 décembre 1900, pour une difformité du menton.

A l'âge de 3 ans, elle fait *une poussée d'ostéomyélite* au niveau de la mâchoire. Deux ans plus tard, on lui enlève un séquestre.

Etat de la malade à son arrivée :

D'apparence frêle, c'est le cas typique de « figure d'oiseau » ; mâchoire inférieure en recul de 3 centimètres sur la supérieure.

Les arcades dentaires ne correspondent plus. Elle peut ouvrir la bouche, mais présente des troubles très prononcés de la mastication. Surdité partielle.

Opération le 8 décembre 1900 (Eiselsberg).

Section antérieure du maxillaire en marche d'escalier en un temps suivant la technique rapportée plus haut (1^{er} procédé).

Guérison par première intention.

Résultat esthétique parfait.

Quelques années après, la malade fait un phlegmon de la main : elle en meurt.

OBSERVATION II.

Marie M..., 16 ans, fut traitée à la clinique Albert, du 9 novembre 1898 au 6 février 1899, pour micrognathie.

Jusqu'à l'âge de 12 ans, la malade s'est toujours bien portée.

son visage est régulier. A 15 ans, elle commence à souffrir de maux de dents très violents.

Elle présente alors une fluxion dentaire du côté droit avec trismus. Deux mois après, un abcès s'ouvre spontanément dans la bouche; le trismus cesse, mais le gonflement de la joue s'accroît au cours des mois suivants :

Plus tard, la malade remarque que ses dents s'engrènent mal et que son menton se déplace en arrière.

Elle entre à la clinique Albert.

Etat actuel : difformité considérable de la moitié inférieure du visage. Menton dévié du côté droit. A gauche, la mâchoire présente une dépression; à droite, elle est proéminente.

La bouche fermée, l'incisive latérale gauche se trouve sur la ligne médiane.

Les dents sont plantées irrégulièrement.

Une première intervention faite par Ewold donne un mauvais résultat.

Les mouvements de la mâchoire sont possibles, mais la difformité persiste.

Le 6 février 1899, la malade sort de la clinique. Deux ans après, elle y revient; elle présente toujours une difformité très accentuée du visage : pas de troubles de la mastication.

Opération le 30 avril 1901 (Eiselsberg).

Section en marche d'escalier au niveau de la branche horizontale.

Sort de l'hôpital après cicatrisation de ses plaies.

En février 1902, se présente à la clinique pour *le deuxième temps de l'opération*.

Suites simples, mais consolidation des fragments, imparfaite. Le premier appareil de contention est remplacé le 7 mars 1902 par un dispositif plus simple constitué par une couronne qu'on applique sur la tête, et à laquelle est fixé un ressort qui tire le caoutchouc en avant.

Guérison complète, mais il reste du côté gauche une pseudarthrose qui n'empêche pas le sujet de mastiquer les aliments solides.

OBSERVATION III.

Antoine B..., 20 ans, entre à la clinique en janvier 1904, pour constriction des mâchoires.

Antécédents : à 4 ans, fait une chute; un morceau de bois pénétre par la bouche et sort dans la région de l'oreille gauche. Le bois est enlevé par morceaux. Il se produit de la constriction des mâchoires.

A 12 ans, on l'opère pour cette même affection, mais le résultat est mauvais; il n'y a aucune amélioration. Dans les années suivantes, on constate que le menton se déplace. — 8 ans après, l'état local du sujet est le suivant : quand sa bouche est fermée, il y a, entre les dents du haut et celles du bas, un intervalle d'un travers de doigt, par lequel on peut lui introduire des aliments. L'ankylose ne lui permet pas de desserrer les dents de plus de quelques millimètres.

1^{re} opération de Eiselsberg pour traiter la constriction. Résection des condyles.

Le col du condyle est découvert et sectionné au ciseau. — Cicatrisation par première intention : l'écartement des mâchoires est de 2 centimètres. — 22 jours après, on entreprend le traitement opératoire de la micrognathie.

Section antérieure du maxillaire en marche d'escalier.

Suites opératoires compliquées. — Température 38,7; suppuration; enflure de la région; 20 jours après, un séquestre s'élimine par la bouche; guérison.

Le 12 avril, admis à la clinique pour deux fistules. — Ablation d'un séquestre de 1 centimètre de long et 1 de large. Après trois semaines, fistules guéries, au baume du Pérou.

Dans une troisième opération, le 22 juin, après avoir ôté encore un fragment d'os de 2 centimètres, il se produit une nouvelle ankylose que l'on traite de façon telle qu'il peut ouvrir la bouche de 2 centimètres et demi.

Deux ans après, le malade peut manger des aliments durs; il n'a plus de douleurs; il est guéri.

Intervalle de 18 millimètres entre les dents du haut et celles du bas, quand la bouche est ouverte, et de 4 millimètres quand celle-ci est fermée.

L'Hémiatrophie du maxillaire inférieur

L'atrophie peut ne porter que sur une des moitiés du maxillaire.

C'est alors l'hémiatrophie ou l'hémignatie.

Comme la précédente, elle peut être congénitale ou acquise.

Dans le premier cas, elle existe seule ou s'accompagne de malformations de l'oreille moyenne, de l'oreille interne, de l'articulation temporo-maxillaire.

ETIOLOGIE. — L'hémiatrophie acquise est le plus souvent consécutive à l'ankylose temporo-maxillaire, ou à la constriction de la mâchoire.

Poisson, Kelferich, Orlow, Alexander en ont relevé de nombreuses observations.

L'ostéomyélite peut aussi en être la cause déterminante.

Dans une observation de Mauclaire, l'hémiatrophie était due à une suppuration de cause indéterminée du maxillaire inférieur avec adénites suppurées cervicales multiples.

Une autre observation du même auteur en rapporte un cas survenu après une hémiplegie infantile et s'accompagnant d'une légère atrophie de la moitié correspondante du corps.

Il en signale encore un cas à la suite d'un « *noma* ».

Cette difformité n'entraîne pas, par elle-même, de gêne

fonctionnelle de la mastication, mais la régularité du visage en souffre cruellement.

Cependant il est des cas qui se compliquent de constriction de la mâchoire.

SYMPTÔMES. — Le côté correspondant à la lésion présente une dépression plus ou moins marquée.

Le visage dans sa partie inférieure est franchement asymétrique :

TRAITEMENT. — Examinons les différents moyens de traitement qu'on peut employer dans ces cas d'hémiatrophie :

a) Tout d'abord, les *injections de vaseline*.

Luxemberger en 1901 et Moskowitz en 1903 firent des injections de vaseline pour la simple hémiatrophie infantile progressive avec atrophie très marquée des parties molles.

Leurs observations ont été rapportées par Mauclore dans un article de la *Revue d'orthopédie* de 1903.

b) Puis la vaseline fit place à la *paraffine*. Et celle-ci connut une période de succès.

Mauclore s'en servit dans un cas rapporté dans la même *Revue*.

Il en fit une série d'injections qui furent très douloureuses et provoquèrent des poussées inflammatoires très vives, mais qui eurent pour effet d'atténuer beaucoup la difformité.

Cependant, à la longue, la paraffine se résorba légèrement.

A l'heure actuelle, la paraffine a perdu sa vogue.

c) Greffes graisseuses : les greffes graisseuses peuvent être également employées dans les cas où il s'agit de modeler les contours de la face.

L'on pourrait s'en servir comme moyen de traitement de l'hémiatrophie.

Cependant, comme nous l'avons déjà vu dans le chapitre précédent, leur défaut est de s'atrophier à la longue.

d) Le traitement le meilleur paraît être *la greffe ostéo-périostique d'Ollier*.

Là encore, nous nous appuyons sur une observation très curieuse de Mauclair où la greffe ostéo-périostique a donné un excellent résultat.

TECHNIQUE. — La technique est celle de l'application générale des greffes ostéo-périostiques au niveau de la mandibule, comme dans les cas de pseudarthrose, moins compliquée cependant parce que l'ancrage de la mâchoire est ici inutile.

Elle consiste à prélever sur la face antérieure du tibia un copeau ostéo-périostique et à le transplanter dans la « dépression maxillaire » qu'il s'agit de combler.

L'on repoussera périphériquement le périoste de la partie sur laquelle devra reposer le greffon, si bien que la face osseuse de celui-ci sera appliquée sur le tissu osseux du maxillaire.

Nous savons que cette disposition du greffon est très favorable à sa reprise et à la production du tissu osseux de nouvelle formation.

Le greffon osseux se développe d'autant mieux qu'il est dans le voisinage d'un os.

Au besoin, si une première greffe est jugée insuffisante à combler la dépression du maxillaire, une seconde greffe viendra renforcer la première et la recouvrir comme la première recouvrait le maxillaire.

Cette greffe se fait en abordant le maxillaire du dehors et en prenant la précaution de ne pas mettre la plaie opératoire en communication avec la cavité buccale.

L'asepsie du champ opératoire, personne ne le conteste plus aujourd'hui, est une des conditions de la reprise du greffon. La suppuration aboutit le plus souvent à son élimination.

Mais ici, l'ouverture de la cavité buccale nous paraît beaucoup plus facile à éviter que dans le traitement des pseudarthroses où le tissu interfragmentaire est souvent accolé intimement à la muqueuse vestibulaire.

Résultats. — Le résultat est excellent. La greffe prolifère et produit une masse osseuse qui comble la cavité et diminue notablement la dépression.

C'est en somme un appareil prothétique vivant, ou plutôt un maxillaire nouveau, qui renforce la branche atrophiée et tend à lui rendre sa courbe anatomique normale.

Prognathisme — Acromégalie

Galippe donne du prognathisme la définition suivante :

« L'anomalie en vertu de laquelle les rapports des deux maxillaires et des dents cessant par un mécanisme quelconque d'être normaux, la mandibule est projetée en avant laissant le maxillaire supérieur plus ou moins en arrière. »

Cette anomalie est héréditaire, des exemples fameux le prouvent.

Les princes de la Maison de Bavière, ceux de Wurtemberg, étaient prognathes inférieurs, mais l'exemple le plus typique est constitué par la famille des Habsbourg, dans laquelle le prognathisme s'est transmis par hérédité, depuis plusieurs siècles.

Le prognathisme inférieur s'accompagne souvent d'une proéminence de la lèvre inférieure; cependant il y a des prognathes sans hyperthrophie labiale comme il y a des hypertrophies labiales sans proéminence du maxillaire inférieur.

Il faut encore faire la distinction entre le *prognathisme de race* et le *prognathisme pathologique*.

Cette distinction a été soulignée par Harsha dans un article du *Journal American Medical Association* (1912).

Chez certaines races, le prognathisme atteint les deux maxillaires; il peut être considéré comme normal.

Les dents de l'arcade inférieure s'articulent alors d'une façon parfaite avec celles de l'arcade supérieure, à l'en-

contre de ce qui se passe dans le prognathisme pathologique où les dents s'engrènent mal.

Quelle serait la cause de ce prognathisme inférieur?

Harsha l'attribue à un défaut de développement et non pas à une anomalie régressive.

Le type humain évoluerait du type prognathe vers le type orthognathe, du nègre au massif facial inférieur proéminent, vers le type caucasien chez lequel cette proéminence est effacée.

Cette régression serait causée par l'absence de fonctionnement de certains muscles de la face, très développés chez les races primitives, mais atrophiés chez les races dont l'évolution est plus avancée.

L'atrophie de ces muscles devenus sans utilité, entraînerait des modifications du relief osseux sur lequel ils sont insérés.

On pourrait penser que le prognathisme pathologique est un retour partiel vers le type prognathe primitif.

Mais certaines différences entre les deux types s'opposent à cette manière de voir.

L'absence d'angle postérieur entre le corps et la branche montante du maxillaire chez le prognathe inférieur pathologique, alors que cet angle existe chez le prognathe de race.

L'absence de dent de sagesse chez le prognathe pathologique, alors que chez certaines races prognathes de la Nouvelle-Calédonie, non seulement la troisième molaire existe, mais encore une quatrième — fait qui a été signalé par Bertillon et Fontan.

Chez ces derniers prognathes, la réunion des dents inférieures et supérieures se fait d'une façon parfaite, plus parfaite même que chez les orthognathes.

Chez les prognathes pathologiques, au contraire, l'*articulé dentaire* est défectueux.

L'angle postérieur de la mâchoire est à peine marqué.

La prononciation des dentales et des labiales presque impossible.

TRAITEMENT. — Les cas légers peuvent être traités par les moyens orthopédiques.

Quand la difformité est très accusée elle est justiciable de la chirurgie.

On peut pratiquer, ou bien :

1° Une *résection cunéiforme bilatérale au niveau de la branche horizontale* (Harsha); (fig. 2).

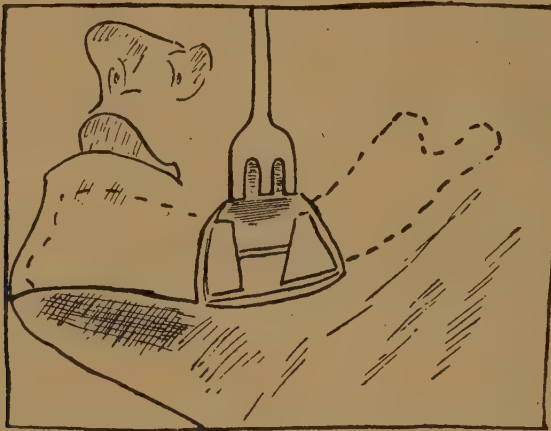


FIG. 2

Résection du maxillaire inférieur pour prognathisme
(Harsha)

2° Ou bien la *résection des condyles* (Dufourmentel).

1) *Résection cunéiforme bilatérale
au niveau de la branche horizontale du maxillaire.*

Voilà, d'après Harsha, la description de son opération .

Incision de 4 centimètres le long du bord inférieur de la mâchoire;

Résection du maxillaire sur une longueur de 2 centimètres environ.

Le fragment enlevé a la forme d'un trapèze à base supérieure.

Le nerf dentaire inférieur est sectionné.

Les fragments osseux sont fixés à l'aide de fils d'argent.

Immobilisation des mâchoires.

Cicatrisation par première intention.

Le malade de Harsha ne put être suivi jusqu'à soudure complète des fragments.

Il fit cependant savoir qu'il pouvait parler et mastiquer, et que la forme de son visage s'était beaucoup améliorée.

2) *Résection des condyles* (Dufourmentel).

La technique de la résection des condyles selon la méthode de Dufourmentel a été exposée dans la thèse de Bureau.

Nous la rappellerons dans ses grandes lignes.

Anesthésie générale ou locale.

Incision en V pour éviter le facial et l'artère temporo-superficielle.

Abaissement des téguments et des rameaux du facial.

Ligature des artérioles préauriculaires. Découverte du ligament latéral externe, puis de l'interligne ménisco-condylien.

Dénudation du col.

Section du col à la scie ou au tour à fraiser.

Dans les cas rapportés par Dufourmentel, les suites opératoires furent simples.

Le recul de la mandibule est immédiat et atteint un centimètre à un centimètre et demi.

On maintient ce recul pendant trois à quatre semaines au moyen d'un appareil de contention intra-buccal.

La valeur de l'articulation temporo-maxillaire n'est pas diminuée.

La cicatrice est à peine visible.

Si nous comparons l'opération de Harsha, avec ses délabrements (sacrifice de plusieurs dents, section du nerf dentaire, etc.) et les risques de pseudarthrose qu'elle comporte, à celle de Dufourmentel, beaucoup plus facile à exécuter et donnant des résultats satisfaisants au point de vue fonctionnel et esthétique, celle-ci nous apparaît comme le traitement de choix.

*
**

Citons en passant une observation de résection du maxillaire inférieur faite par Bléning, dans un cas d'acromégalie (1).

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, présentant une hypertrophie du maxillaire, d'origine acromégalique.

Le traitement radiothérapique a eu pour effet d'arrêter le développement de la tumeur hypophysaire.

La céphalée a disparu, mais l'hypertrophie de la mandibule persiste et avec elle les troubles de l'articulé dentaire.

Bléning y remédie par la résection bilatérale d'un fragment de la branche horizontale.

L'opération est la même que celle de Harsha.

(1) BLÉNING : *Zentralblatt für Chirurgie*, 18 avril 1925.

Opération. — Après extraction de la première prémolaire, Blening résèque 15 à 20 millimètres de la branche horizontale. Les fragments sont maintenus par un appareil de contention laissé en place pendant 3 mois.

La consolidation osseuse se fit de façon parfaite. L'articulé dentaire fut rétabli. --

Malheureusement, l'acromégalie a repris peu après sa marche évolutive et compromis les résultats de l'opération.

Hypertrophie du Condyle du Maxillaire inférieur

L'hypertrophie du condyle du maxillaire inférieur est une affection assez rare dont plusieurs cas ont été rapportés, ces dernières années, en Amérique, par MM. Gruca, Meisels et Robert Ivy, et en France par M. Dufourmentel.

La lenteur de son évolution est un de ses caractères principaux.

SYMPTOMES. — Cliniquement, elle se traduit par les symptômes suivants :

Une déviation du menton, du côté opposé à la lésion.

Des troubles de malocclusion dentaire.

Une réduction de la mobilité des mâchoires. Des craquements dans l'articulation temporo-maxillaire à l'occasion des mouvements.

Son début est insidieux. La déviation s'établit peu à peu.

Cependant, elle peut provoquer soudainement des douleurs violentes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La tête du condyle peut avoir la grosseur d'une noix.

Elle est irrégulièrement aplatie et agrandie.

Son revêtement cartilagineux est uni ou granuleux.

La face antérieure du col du condyle peut présenter des ostéophytes.

Mais jamais la structure de l'os ne présente d'altération pathologique.

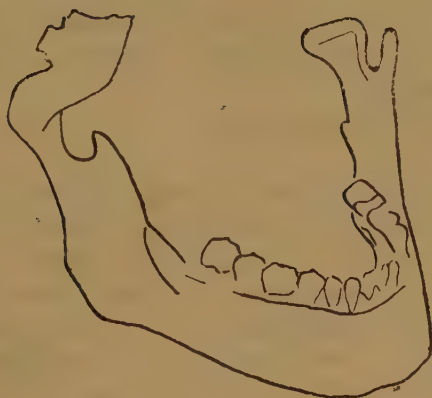


FIG. 3
Hypertrophie essentielle
(Ivy)

Dans un cas d'Adams, le condyle hypertrophié avait subi la dégénérescence kystique.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic ne présente pas de sérieuses difficultés.

Il faut écarter : la maladie de Paget et l'acromégalie; l'hémiatrophie congénitale ou acquise (Mauclaire); l'hyperconvexité unilatérale (Richelot); l'hypérostose syphilitique.

Le léontiasis osséa peut donner le change, parce qu'il donne quelquefois de l'hypertrophie de toute une moitié de la mâchoire et des bosses frontales.

Mais le léontiasis s'accompagne de modifications histologiques dans la structure de l'os — d'obstruction des sinus.

Dans l'affection qui nous occupe, la tête du condyle est la seule partie malade. Parfois l'hypertrophie condylienne s'accompagne d'une certaine hypertrophie de la branche

horizontale et du bord alvéolaire. Cette dernière serait due, d'après Gruca et Meisels, au défaut de pression exercée par les dents de l'arcade supérieure sur celles de l'arcade inférieure pendant la période de croissance où le squelette est très modelable.

ETIOLOGIE. — L'étiologie de ces hypérostoses est très hypothétique.

L'on a invoqué une suppuration de l'oreille moyenne.

Et de fait, on a trouvé dans les antécédents d'un malade atteint d'hypertrophie du condyle une otite moyenne suppurée, ce qui n'existait dans aucun des autres cas.

Y avait-il là simple coïncidence. On peut se le demander, si l'on songe à la fréquence de l'otite moyenne suppurée et à la rareté de ces hypertrophies du condyle.

Gruca et Meisels invoquent encore des troubles trophiques ou une hyperactivité des nerfs trophiques, une parésie de ces nerfs. Mais nul ne contestera l'imprécision de cette explication.

On a pensé également à une pression de la région temporo-maxillaire au cours de la vie intra-utérine.

Il nous semble qu'entre la cause supposée et l'apparition de la lésion, l'intervalle est bien long.

Le rhumatisme déformant existait aussi dans un cas d'Adams, mais, là encore, n'était-ce pas une simple coïncidence?

Le rhumatisme déformant n'ayant pas coutume de déterminer d'allongement de la tête du condyle.

En outre, il n'y a pas dans nos cas d'hypertrophie essentielle de destruction du cartilage articulaire.

Dans une thèse récente sur « les déviations du maxillaire inférieur, d'origine condylienne », M. Leproust a étudié l'hypertrophie du condyle à propos de deux observations de M. Dufourmentel.

Dans les deux cas qu'il cite, le Wassermann était positif; il se demande donc si l'hypertrophie du condyle ne serait

pas d'origine syphilitique, bien que les sujets n'aient été trouvés porteurs d'aucun stigmat de syphilis.

L'arthropathie déformante héréditaire présente en effet, à la période d'hypérostose, à peu près le même tableau symptomatologique que l'hypertrophie dite essentielle : « On sent une tumeur très dure, indolente, et donnant peu de troubles fonctionnels » sans réaction péri-articulaire. Quand elle est due à la syphilis héréditaire, cette ostéopathie présente, en outre, des végétations, des saillies de formes les plus bizarres.

Cependant, dans les deux cas de Ivy, et dans celui de Gruca et Meisels, le *Wassermann* est négatif.

D'autre part, l'indolence n'est pas la règle absolue, puisque la malade de Gruca voulait se suicider pour mettre un terme à ses souffrances.

Gruca et Meisels, se basant sur l'identité des lésions anatomiques observées et la constante évolution de la maladie, croient avoir affaire à une entité clinique bien distincte.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Le traitement antirhumatismal fut essayé par Heath.

Le traitement antisyphilitique par Mickuliez, mais sans résultat.

L'opothérapie a échoué également, sauf dans un cas de Heath.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — La résection d'un fragment du maxillaire d'un seul côté, ou des deux côtés, a été faite par Blair (comme pour le traitement du prognathisme), mais les interventions sur le corps du maxillaire ne s'attaquent pas à la lésion elle-même.

Au contraire, la résection du condyle supprime le mal en supprimant sa cause.

C'est l'opération de choix. C'est celle qu'ont faite Gruca et Meisels; elle leur a donné d'excellents résultats, fonctionnels et esthétiques.

En France, Dufourmentel a encore perfectionné cette méthode.

Il sectionne à l'aide du tour à fraiser le condyle hypertrophié, de façon à reconstituer un condyle de forme à peu près normale.



FIG. 4

Condyle normal Hypertrophie condylienne
(Dufourmentel)

C'est une *résection modelante*.

Les suites opératoires sont simples.

Le résultat fonctionnel est parfait, et la déformation du visage complètement corrigée.

OBSERVATIONS.

CAS I. — F. B..., mécanicien, 24 ans; pas de difformité congénitale dans sa famille. A 10 ans, otite moyenne suppurée; écoulement d'oreille pendant un an et qui laissa une surdité partielle; à 13 ans, son menton se dévie légèrement vers la gauche et ses

dents ne correspondent plus. Traitement orthodontique sans résultat. La difformité s'accroît graduellement.

En même temps, des douleurs spontanées ou provoquées par les mouvements de la mâchoire apparaissent dans la région de l'articulation temporo-maxillaire droite. De nombreux examens furent faits par des dentistes, des neurologistes, des chirurgiens. Un développement assez marqué des mains et des pieds fit penser à l'acromégalie.

Le traitement opothérapique n'eut aucune influence sur l'évolution de la déformation.

Aux rayons X, on trouve une selle turcique normale.

Wassermann négatif.

Urines normales.

Examen au 21 avril 1925. — Homme bien développé, ayant le menton dévié vers la gauche. La lèvre inférieure déplacée aussi vers la gauche dépasse de 1 centimètre et demi la lèvre supérieure; la joue droite est plus pleine et plus ronde; la ligne médiane de la mandibule est déplacée de 2 centimètres et demi vers la gauche : le point le plus saillant de sa courbe étant d'environ 3 centimètres en avant, de celle du maxillaire. *Le bord inférieur de la mandibule est abaissé.* Quand la bouche est fermée la canine droite supérieure correspond à la première molaire droite inférieure.

Les incisives inférieures sont à 1 centimètre et demi des incisives supérieures : la forme des deux arcades dentaires approximativement égale. L'amplitude du mouvement de la mandibule est normale. Les mouvements de duction s'accompagnent de craquements. La branche montante est plus longue. La région de l'articulation temporo-mandibulaire droite quelque peu sensible à la pression.

L'apophyse coronoïde s'abaissant, l'échancrure sigmoïde peut être facilement touchée de l'intérieur de la bouche. On diagnostiqua une *hypertrophie du condyle du maxillaire*.

Opération : 7 mai 1925, par le professeur Schramm. Anesthésie locale, à la cocaïne. Injection dans les tissus mous autour de l'articulation temporo-maxillaire. Incision le long du bord inférieur du zigoma : 2 centimètres de long en arrière de l'oreille, ensuite verticale, de 2 centimètres en avant de l'oreille. L'arti-

culation est mise à nu et ouverte : le périoste repoussé de toute la circonférence du col du condyle. Pour protéger les parties molles, deux éleveurs sont placés derrière l'os, puis le col est sectionné avec le ciseau et le marteau d'arrière en avant, et de bas en haut vers la partie supérieure donnant ainsi à la branche la forme d'un condyle normal. La tête du condyle est fortement saisie avec une pince, et sortie de la cavité de l'articulation. Le ménisque intra-articulaire est laissé en place.

La mâchoire est alors redressée sans aucune difformité; la plaie est suturée, et un *plâtre* appliqué pour maintenir la mâchoire dans sa nouvelle position.

8 mai 1925. — L'angle droit de la bouche est abaissé. Impossibilité de fermer l'œil droit.

17 mai. — Plaie cicatrisée par première intention; le malade peut ouvrir et fermer la bouche sans la moindre gêne; la paralysie de la branche inférieure du nerf facial est en voie de guérison; le menton se trouve dans la ligne médiane : la face présente cependant encore une légère asymétrie.

Le malade est envoyé à un dentiste qui extrait les 5^e et 6^e dents supérieures, ce qui rétablit à peu près complètement la symétrie. Les molaires correspondent bien les unes aux autres; la *partie réséquée du condyle* ressemble à une pyramide renversée, aplatie dans une direction antéro-postérieure d'une longueur de 4 cent. 9, d'une largeur de 3 cent. 3 dans son extrémité supérieure et de 1 cent. 4 dans son extrémité inférieure. La surface articulaire agrandie dans toutes les directions montre un sillon creusé dans un plan sagittal divisant la surface de l'articulation en deux parties égales, toutes deux recouvertes d'un cartilage uni et brillant. Sur la face antérieure de la pièce la surface de section est visible. L'opération eut pour résultat de raccourcir la branche ascendante de la mandibule de 1 centimètre et demi.

Une radiographie de l'os enlevé montre que la partie interne de la masse était composée de deux exostoses : l'une à la tête, l'autre au col du condyle séparées l'une de l'autre par un sillon profond. Le tissu osseux paraît normal sans aucun changement de structure.

L'examen microscopique montra un os spongieux, normal dans sa structure; les cellules osseuses présentent une disposition

normale, la moelle de l'os est composée de tissus gras, pauvres en cellules; le cartilage articulaire hyalin montrait des cellules en voie de prolifération; ces dernières étaient arrangées en colonnes parallèles à l'axe de l'os. Dans le tissu osseux, juste sous le cartilage, de nombreux bourgeons vasculaires perforant les tissus.

Cas II. — Femme mariée, 35 ans, vue pour la première fois le 21 mars 1924.

Depuis trois ans, elle souffre de la région temporo-maxillaire droite.

Elle s'aperçoit aussi que son menton dévie vers la gauche et que ses dents s'engrènent mal.

La palpation de la région révèle une certaine sensibilité, mais ne permet de découvrir aucune tuméfaction.

La radiographie montre une hypertrophie du condyle droit; le condyle gauche est normal.

Wassermann négatif.

Opération : 1^{er} avril 1924.

Après anesthésie, le condyle droit de la mandibule est réséqué, en sectionnant le col avec le ciseau et le marteau : le condyle mesure 3 centimètres de diamètre; il est plus épais que normalement. Pas de maladie inflammatoire ou de tissu pathologique d'aucune sorte, simplement une hypertrophie de l'os et du cartilage.

Après l'opération, la mâchoire reprend immédiatement ses rapports normaux; une légère douleur post-opératoire persiste.

Une lettre datée du 27 septembre 1926 apprend que la malade est beaucoup mieux depuis l'opération.

Cas III. — Une femme de 27 ans, examinée le 28 avril 1925. Depuis un an, elle remarque que le côté gauche de sa mâchoire se développe anormalement.

Le menton est dévié vers la droite. Les dents inférieures gauches ne sont plus en contact avec celles du haut. Les mouvements de la mâchoire inférieure sont normaux. On ne sent rien à la palpation. La distance entre le zigoma et l'angle de la mâchoire est plus grande du côté gauche que du côté droit. Rien d'anormal par ailleurs.

Wassermann négatif.

Quatre mois plus tard, elle se plaint que la difformité augmente et qu'elle commence à souffrir dans la région de l'articulation temporo-maxillaire gauche.

Opération : le 28 août 1925. Anesthésie à l'éther, incision de Blair; le col du condyle gauche fut mis à nu, et le condyle sectionné à l'aide du ciseau et du marteau. On trouva un élargissement osseux, uniforme dans toutes les directions.

Malheureusement, la pièce fut brisée dans le laboratoire.

Le Dr A. Case fit le rapport suivant :

L'os est agrandi et plus dense qu'un os normal. A part l'hypertrophie, l'os n'est pas malade histologiquement.

Après l'opération, la déformation faciale disparut complètement. L'occlusion des dents redevint normale, quoique la malade se plaignit de gêne dans la mastication et de vagues douleurs de tête.

CAS IV. — Ce cas diffère quelque peu des autres. La malade est une femme âgée de 48 ans, vue le 18 mai 1925. Trois ans auparavant, elle éprouve une gêne de la mâchoire accompagnée parfois de vives douleurs. L'ouverture de la bouche devient difficile.

A l'examen, on remarque une légère tuméfaction au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche : la région est sensible; les mouvements de la mâchoire sont très réduits en raison des douleurs qu'ils déterminent.

Pas d'allongement de la branche ascendante gauche, en tout cas.

Aux rayons X, hypertrophie ovale du condyle gauche, avec un rebord, limitant une surface moins dense que l'os avoisinant.

Opération : le 16 mai 1925.

Anesthésie à l'éther. Résection du condyle gauche. Suites opératoires simples. Résultat parfait.

La face antérieure de la pièce forme la paroi d'une cavité kystique remplie de sang et de moelle.

Examen histologique. — L'os est normal. Hémorragie intrakystique. Pas de tissus pathologiques.

C'est le seul cas connu de kyste osseux du condyle du maxillaire.

Hypérostoses traumatiques chez les boxeurs

MM. Rouvillois et Bercher ont rapporté le cas d'une déformation de la région maxillaire survenue chez un boxeur, et dont voici l'observation résumée :

Le soldat C..., 24 ans, vigoureux, se présente avec une tuméfaction de l'angle du maxillaire inférieur droit, remontant jusqu'à l'arcade zigomatique, n'empiétant pas sur le cou, et recouverte par une peau d'aspect normal.

A la palpation, on sent une tuméfaction uniformément dure, adhérente au plan profond et recouverte par des téguments normaux. Les limites de la tumeur sont celles du muscle masséter lui-même.

En arrière, la gouttière parotidienne existe, normale. En bas, la tumeur s'arrête exactement au bord inférieur de l'angle du maxillaire; en haut, elle remonte jusqu'à l'arcade zygomatique.

Il y a une diminution sensible de l'ouverture buccale, avec légère déviation du menton à droite dans les mouvements d'ouverture extrême.

La denture est saine. Il n'y a pas de dent de sagesse en évolution.

Les régions voisines ne présentent aucune réaction anormale.

Cette tuméfaction apparut pour la première fois, il y a quatre ans et demi environ, alors que C... suivait un entraînement de boxeur et que, de ce fait, il avait à subir un certain nombre de traumatismes violents de la face par coups de poing.

Au début, la tumeur se serait développée assez rapidement, mais sans apporter de gêne bien notable, en dehors du léger trismus signalé plus haut.

La longue évolution de l'affection et ses caractères cliniques font éliminer immédiatement les lésions inflammatoires chroniques, ainsi que les différentes variétés de tumeurs observées dans cette région (épithélioma, ostéite fibreuse, ostéo-sarcome.

Tout, en revanche, nous amène à penser que nous sommes en présence d'une lésion traumatique et l'examen radiographique nous permet d'en préciser la nature et la localisation.

Ces radiographies nous permettent donc d'interpréter la tumeur comme étant le reliquat d'une double lésion d'origine traumatique :

1° Une fracture du col du condyle, dont on a déjà montré l'existence et la fréquence;

2° Un épaissement de la région massétérine qu'il faut considérer comme étant révélateur de néo-formations osseuses ou, mieux, d'ossifications périphériques dans l'épaisseur du masséter, analogues aux ostéomes, et dont l'origine peut se rattacher à des traumatismes répétés au cours des assauts de boxe.

Rouvillois et Bercher concluent à « une ossification périphérique dans l'épaisseur du masséter, analogue aux ostéomes et dont l'origine peut se rattacher à des traumatismes répétés au cours des assauts de boxe. »

Mauclaire penche pour une ossification périostique et dans le muscle masséter lui-même, par hématome sous-périosté et intra-musculaire.

Hypertrophies en épaisseur des angles postérieurs

Dans la *Revue d'orthopédie* de 1920, M. Mauclore cite encore pour les difformités du maxillaire, l'hypertrophie des angles postérieurs.

Elle donne au visage une forme rectangulaire à grand axe vertical.

D'après Pragenheim (1), cette difformité est parfois familiale.

(1) PRAGENHEIM BEITZAGE : *Klinische Chirurgie*.

Conclusions

Parm les difformités du maxillaire inférieur nous avons envisagé les suivantes :

1) *L'atrophie subtotale du maxillaire inférieur.* C'est le *menton d'oiseau*.

Elle est traitée par l'ostéotomie en escalier de Eisberg, les greffes graisseuses, ou les greffes ostéo-périostiques.

2) *Le prognathisme.*

Il a été traité par :

a) La résection cunéiforme pratiquée au niveau des branches horizontales (Hartha).

b) Par la résection des condyles (Dufourmentel).

3) *L'hémiatrophie latérale du maxillaire inférieur.*

Elle a été traitée par :

a) La paraffinisation ;

b) Les greffes graisseuses ;

c) Les greffes ostéo-périostiques d'Ollier (cas Mauclore).

4) L'hypertrophie essentielle du condyle décrite par Gruca et Meisels en Amérique, et par Dufourmentel en France.

Le traitement consiste dans la résection du condyle (Gruca et Meisels).

Dufourmentel, en France, pratique la *résection modelante du condyle* au moyen du tour à fraiser.

5) Ces différents traitements rentrent dans la chirurgie, dite esthétique, qui a acquis actuellement droit de cité et dérive de la chirurgie générale.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

ROGER. SÉBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

PERTHES. — Chirurgie du maxillaire inférieur. — *Neue Deutsche Chirurgie*, 1907.

MORESTIN. — Société de Chirurgie (*passim*).

SÉBILEAU. — Société de Chirurgie 1920 : Greffe pour perte de substance.

MAUCLAIRE. — Société de Chirurgie 1919. — *Revue d'Orthopédie*, 1920.

DUFOURMENTEL. — Société des Chirurgiens de Paris 1922 et février 1927.

GRUCA et MEISELS. — *Annals of Surgery*. Juin 1926.

ALEMANN. — *Zentralblatt f. Chirurgie*, 1924, n° 2, 11 a.

ASHHURST. — *Annals of Surgery*, vol. LXXIII, n° 6, p. 712, 1921.

BERGMANN. — *Arch. f. chir.*, vol. XIV, p. 3.

BOCKEMHEIMER. — *Zentralbl f. Chir.*, 1920, n° 50.

BRUHN. — *Zentralorgan f. Chir.*, vol. XIV, p. 412.

CARR. — *Annals of Surgery*, vol. LXXIII, n° 3, p. 314, 1921.

DUFOURMENTEL. — *Presse Medical*, 1920, n° 76.

ECKERT. — *Bruns' Beiträge*, vol. XXIII, p. 674, 1899.

EISELSBERG. — *Arch. f. Chir.*, vol. LXXIX, p. 589, 1906.

GAZA. — *Zentralblatt f. Chir.*, 1925, n° 49.

- GILPATRICK. — *Zentralorgan f. Chir.*, vol. XVIII, p. 173.
- HOFFMEISTER. — *Brun's Beitr.*, vol. XXIII, 1899.
- IMBERT. — *Zentralblatt f. Chir.*, 1922, n° 26.
- Julliard. — *Presse Méd.*, 1920, n° 76.
- KONJETZNY. — *Zentralblatt f. Chir.*, 1925, n° 49.
- KOENIG, LEXER, WREDE, BIER, BRAUN, KUEMMEL. — *Chir. Opérations lehr.* 1922.
- KRUEGER. — *Arch. f. Chir.*, vol. CXVIII, p. 261, 1921.
- KNAAGS. — *Brit Journal of Surg.*
- LOHMANN. — *Dissertation Tübingen*, 1919.
- LÖRENZ. — *Deutsch Zeitschr f. Chir.*, vol. LVII, p. 73.
- MALERBA. — *Zentralorg f. chir.*, vol. XXI, p. 287.
- MARTIN. — *Brit. Journ. of Surg.*, vol. XIII, n° 50, p. 405, 1925.
- MAUCLAIRE. — *Revue d'orthop.*, vol. VII, p. 4, 1920.
- NAITO. — *Die Hyperostosen d. Schädels Wien*, 1924.
- NEFF. — *Zentralorg f. Chir.*, vol. XIV, p. 413.
- NIOSI. — *Ibidem.*, vol. XV, p. 103.
- PERTHES. — *Zentralblatt f. chir.*, 1922.
- PERTHES. — *Handbuch d. prakt. Chir.*, 1921.
- RANKE. — *Tech. f. Chir.*, 1885.
- RIEDEL. — *Verhandl d. deut. Ges f. Chir.*, 1907.
- SCHRAMME. — *H. Lwowski Tig. Lek.*, 1921.
- VOELKER. — *Verhandl d. deut. Ges f. Chir.*, 1907.
- WERNER. — *Arch. f. Chir.*, 1905.
- WILHELM. — *Surg Gyn. ant obst.*, 1925.

- HEATH. — Mc Carthy, Adam : Quoted by Lohmann.
- ROBIN. — Malformations maxillo-faciales. — *Paris Médical*, 22 juin 1918.
- VORSCHUTZ. — Greffe osseuse pour perte de substance de la mâchoire. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome III.
- LORENZ. — Micrognathie congénitale. — *Deutsche Zeitschrift*, tome 57.
- KOENIG. — Résection du maxillaire, prothèse d'ivoire. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome 93 et tome 88.
- SUDECK. — *Idem.* — Prothèse d'ivoire de Koenig. — *Deutsche Zeitschrift*, tome 101.
- PILSCHER. — Greffes osseuses pour perte de substance. — *Arch. für Klinische Chirurgie de Langenbeck*, 1917.
- EISELSBERG. — *Arch. für Klinische Chirurgie*, 1908.
- OGSTON. — *Glasgow Medical Journal*, 1876.
- HARSHA. — Prognathisme-traitement. — *Journal of the American Medical Association*, 7 déc. 1912.
- NEUMMANN. — Les atrophies du maxillaire inférieur. — *Prager Medizinische Wochenschrift*, octobre 1902.
- LANNELONGUE et MÉNARD. — Malformations congénitales de la face, 1895.
-

MA. COMMERCIALE PERRETTÉ, LIMOGES

